

## Mẫu Khiếu Nại

Điền và ký mẫu này nếu quý vị đã nộp đơn khiếu nại hoặc than phiền về chương trình sức khỏe của mình và:

- Quý vị không hài lòng với quyết định của chương trình của mình *hoặc*
- Quý vị đã không nhận được quyết định của chương trình trong vòng 30 ngày.

Nếu quý vị muốn cho phép người khác giúp quý vị với khiếu nại của mình, quý vị cũng phải điền Mẫu Cho Phép Giúp Đỡ.

**Nếu khiếu nại của quý vị là về một nguy cơ sức khỏe nghiêm trọng,** hãy gọi ngay cho Trung Tâm Giúp Đỡ HMO. Gọi các số điện thoại này miễn phí.

**1-888-466-2219**      TDD 1-877-688-9891

### Chi Tiết Bệnh Nhân

Tên \_\_\_\_\_ Tên Lót Việt Tắt \_\_\_\_\_ Họ \_\_\_\_\_

Tên của Cha Mẹ hoặc Giám Hộ nếu Nộp Đơn cho Trẻ Vị Thành Niên \_\_\_\_\_

Địa Chỉ Đường Phố \_\_\_\_\_

Thành Phố \_\_\_\_\_ Tiểu Bang \_\_\_\_\_ Số Zip \_\_\_\_\_

Điện Thoại Ban Ngày # \_\_\_\_\_ Điện Thoại Ban Đêm # \_\_\_\_\_

Tên Chương Trình Sức Khỏe \_\_\_\_\_

Mã Số Thành Viên của Bệnh Nhân\* \_\_\_\_\_ Ngày Sinh của Bệnh Nhân (tháng/ngày/năm) \_\_\_\_\_

Tên Nhóm Y Khoa\* \_\_\_\_\_ Mã Số Nhóm Y Khoa\* \_\_\_\_\_

\*trên thẻ bảo hiểm của quý vị

- |   |  |                             |                                |
|---|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 1 | Quý vị có Medi-Cal không?  | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| 2 | Quý vị có Medicare hoặc Medicare Advantage không?                                    | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| 3 | Quý vị có nộp đơn khiếu nại hoặc than phiền với chương trình sức khỏe của mình chưa? | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| 4 | Chương trình sức khỏe của quý vị có hủy bỏ bảo hiểm của quý vị không?                | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| 5 | Xin giải thích khiếu nại của quý vị: (dùng giấy rời nếu cần thiết)                   |                             |                                |

*Thí dụ:* Quý vị muốn dịch vụ gì từ chương trình sức khỏe, hoặc bác sĩ của quý vị?

Dịch vụ quý vị nhận được từ chương trình sức khỏe, hoặc bác sĩ của quý vị, sai sót như thế nào?

Quý vị có vấn đề gì về hóa đơn đối với chương trình sức khỏe, hoặc bác sĩ của quý vị?

6 Vấn đề sức khỏe hoặc chẩn đoán nào của quý vị có liên quan đến khiếu nại này?

---

---

7 Quý vị đã nhận được (những) trị liệu nào cho vấn đề sức khỏe này?

---

---

8 Xin liệt kê các bác sĩ đã trị liệu cho vấn đề sức khỏe của quý vị, nếu quý vị có tên của họ.

---

---

9 Quý vị có nộp một khiếu nại khác về vấn đề này cho Trung Tâm Giúp Đỡ HMO hoặc cơ quan chính quyền khác chưa?

Cho Trung Tâm Giúp Đỡ DMHC? Hồ Sơ Khiếu Nại # (nếu biết) \_\_\_\_\_

Cho cơ quan chính quyền khác? Hồ Sơ Khiếu Nại # (nếu biết) \_\_\_\_\_

Xin ghi tên cơ quan chính quyền: \_\_\_\_\_

10 Đính kèm **các bản sao** giấy tờ liên quan đến khiếu nại của quý vị, thí dụ như thư từ chối, than phiền của quý vị với chương trình sức khỏe và hồi đáp của họ, các hóa đơn, và giải thích về quyền lợi.

Chúng tôi không thể trả lại bản chính.

11 Tôi yêu cầu Bộ Quản Trị Chăm Sóc Sức Khỏe (DMHC) giúp đưa ra quyết định về vấn đề của tôi với chương trình sức khỏe của tôi. Tôi hiểu rằng bản sao khiếu nại của tôi sẽ được gửi cho chương trình sức khỏe của tôi. Tôi cho phép các bác sĩ của tôi, trong quá khứ và hiện tại, và chương trình sức khỏe của tôi tiết lộ các hồ sơ sức khỏe của tôi cho DMHC. Các hồ sơ này có thể gồm chi tiết về y khoa, sức khỏe tâm thần, lạm dụng thuốc, HIV, các phúc trình chẩn đoán bằng phim ảnh, và các hồ sơ khác liên quan đến vụ của tôi. Các hồ sơ này có thể gồm cả những hồ sơ không về y khoa và bất cứ chương trình nào khác liên quan đến vụ của tôi. Tôi cho phép DMHC duyệt lại các hồ sơ và chi tiết này. Việc tôi cho phép sẽ chấm dứt sau một năm kể từ ngày ghi dưới đây, trừ khi được luật cho phép. Thí dụ, luật cho phép DMHC tiếp tục dùng chi tiết của tôi trong nội bộ. Tôi có thể rút lại phép của mình sớm hơn nếu tôi muốn. Toàn bộ chi tiết tôi đã cung cấp trên mẫu này là sự thật.

Có đính kèm Mẫu Cho Phép Giúp Đỡ?

Có       Không

Chữ Ký Bệnh Nhân hoặc Cha Mẹ \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Gửi bưu điện hoặc fax mẫu đơn của quý vị và bất cứ giấy tờ đính kèm nào cho: **Help Center, Department of Managed Health Care, Complaint Unit, 980 9<sup>th</sup> Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814; FAX: 916-255-5241**

## Mẫu Cho Phép Giúp Đỡ

- Nếu quý vị muốn cho phép người khác giúp quý vị trong đơn xin Tái Duyệt Y Khoa Độc Lập (IMR) hoặc khiếu nại của mình, hãy điền các Phần A và B bên dưới.
- Nếu quý vị là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp đang nộp IMR hoặc đơn khiếu nại cho một trẻ dưới 18 tuổi, quý vị không cần điền mẫu này.
- Nếu quý vị đang nộp IMR hoặc đơn khiếu nại cho một bệnh nhân không thể tự điền mẫu này bởi vì bệnh nhân đó thiếu trình độ hoặc mất khả năng, và quý vị có quyền pháp lý để làm thay cho họ, xin chỉ điền Phần B mà thôi. Ngoài ra xin đính kèm bản sao giấy ủy quyền về các quyết định chăm sóc sức khỏe hoặc giấy tờ khác nói rằng quý vị có thể đưa ra các quyết định cho bệnh nhân này.

### Phần A: Bệnh Nhân

Tôi cho phép người có tên trong Phần B dưới đây giúp tôi trong việc nộp IMR hoặc đơn khiếu nại của tôi cho Bộ Quản Trị Chăm Sóc Sức Khỏe (DMHC). Tôi cho phép nhân viên DMHC và IMR tiết lộ chi tiết về (các) bệnh trạng y khoa và việc chăm sóc của tôi cho người có tên dưới đây. Chi tiết này có thể gồm việc điều trị sức khỏe tâm thần, điều trị hoặc thử nghiệm HIV, điều trị ghiền rượu hoặc thuốc, hoặc chi tiết chăm sóc sức khỏe khác.

Tôi hiểu chỉ có chi tiết liên quan đến IMR hoặc khiếu nại của tôi sẽ được tiết lộ.

Tôi tự nguyện đồng ý với sự giúp đỡ này và tôi có quyền chấm dứt điều đó. Nếu tôi muốn chấm dứt điều đó, tôi phải thực hiện bằng văn bản.

Chữ Ký Bệnh Nhân \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

### Phần B: Người Giúp Bệnh Nhân

Tên của Người Giúp (viết chữ in) \_\_\_\_\_

Chữ Ký của Người Giúp \_\_\_\_\_

Địa Chỉ \_\_\_\_\_

Quan Hệ với Bệnh Nhân \_\_\_\_\_

Điện Thoại Ban Ngày # \_\_\_\_\_

Điện Thoại Ban Đêm # \_\_\_\_\_

Giấy ủy quyền của tôi về các quyết định chăm sóc sức khỏe hoặc các giấy tờ pháp lý khác được đính kèm.

## Bắt Buộc Có Thông Báo Này Theo Luật\*

Đạo Luật Knox-Keene của California cho Bộ Quản Trị Chăm Sóc Sức Khỏe (DMHC) quyền ra quy định cho các chương trình sức khỏe và điều tra các khiếu nại của những thành viên chương trình sức khỏe.

- Trung Tâm Giúp Đỡ của DMHC dùng chi tiết cá nhân của quý vị để điều tra vấn đề quý vị có với chương trình sức khỏe của mình và cung cấp một kỳ Tái Duyệt Y Khoa Độc Lập nếu quý vị hội đủ điều kiện.
- Quý vị tự nguyện đưa cho chúng tôi các chi tiết này. Quý vị không phải đưa cho chúng tôi các chi tiết này.
- Tuy nhiên, nếu quý vị không đưa chi tiết cho chúng tôi, chúng tôi có thể không điều tra khiếu nại của quý vị được hoặc không cung cấp một kỳ Tái Duyệt Y Khoa Độc Lập.
- Chúng tôi có thể tiết lộ chi tiết cá nhân của quý vị, khi cần, với chương trình sức khỏe và các bác sĩ thực hiện kỳ Tái Duyệt Y Khoa Độc Lập.
- Chúng tôi cũng có thể tiết lộ chi tiết của quý vị với các cơ quan chính quyền khác theo luật đòi hỏi hoặc cho phép.
- Quý vị có quyền xem chi tiết cá nhân của mình. Muốn thế, hãy liên lạc với DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9<sup>th</sup> Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, 916-322-6727.

\* Luật buộc phải có thông báo này là Đạo Luật Thực Hành Thông Tin (Information Practices Act) năm 1977 (Bộ Luật Dân Sự California Đoạn 1798.17).